

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT

THE

OF

THE DOCTOR

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

EDMOND-GUSTAVE-FRANÇOIS GOURDEAU

Né à Champagne-Mouton (Charente) le 23 mai 1894

Contribution à l'étude du Traitement d'épreuve

DES

ÉTATS CACHECTIQUES DU NOUVEAU-NÉ

Présumé Syphilitique

PAR LES ARSÉNOBENZOLS

Travail du Service de M. le Docteur LE LORIER

Président : M. le Professeur COUVELAIRE

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DOYEN DE LA FACULTÉ : M. ROGER.

Anatomie descriptive		MM.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale			CUNEO.
Histologie			PRENANT.
Anatomie pathologique			LETULLE.
Chimie			DESGREZ.
Physique			André BROCA.
Parasitologie			BRUMPT.
Bactériologie			BEZANÇON.
Physiologie			RICHET.
Pathologie expérimentale			ROGER.
Pathologie et thérapeutique générales			Marcel LABBÉ.
Pathologie externe			LECENE.
Pathologie interne			RÉNON.
Pharmacologie			POUCHET.
Thérapeutique			CARNOT.
Opérations et appareils			Pierre DUVAL.
Hygiène			Léon BERNARD.
Médecine légale			BALTHAZARD.
Histoire de la médecine			MÉNÉTRIÉR.
			GILBERT.
Cliniques médicales {	Hôtel-Dieu		ACHARD.
	Beaujon		CHAUFFARD.
	Cochin		WIDAL.
	Saint-Antoine		VAQUEZ.
Clinique thérapeutique de la Pitié			HARTMANN.
	Hôtel-Dieu		LEJARS.
Clinique chirurgicale {	Saint-Antoine		DELBET.
	Cochin		GOSSET.
	Salpêtrière		BAR.
	Tarnier		COUVELAIRE.
Clinique obstétricale {	Baudelocque		BRINDEAU.
	Pitié		JEANSELME.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques			TEISSIER.
— des maladies infectieuses			P. MARIE.
— des maladies nerveuses			X.....
— des maladies mentales			NOBÉCOURT.
— infantile médicale			MARFAN.
— d'hygiène de la première enfance			Auguste BROCA.
— infantile chirurgicale			LEGUEU.
— des voies urinaires			FAURE.
— gynécologique			DE LAPERSONNE.
— ophtalmologique			SEBILLEAU.
— oto-rhino-laryngologique			LANGLOIS, agrégé.
Physiologie appliquée à l'éducation physique			

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	DESMAREST.	LAIGNEL-LAVASTINE	PHILIBERT.
ABRAMI.	DUVOIR.	LARDENNOIS.	RATHERY.
ALGLAVE.	FIESSINGER.	LE LORIER.	REITTERER.
BASSET.	GARNIER.	LEMIERRE.	RIBIERRE.
BAUDOUIN.	GOUGEROT.	LEREBoullet.	RICHAUD.
BLANCHETIÈRE	GUENIOT.	LEQUEUX.	ROUSSY.
BRANCA.	GUILLAIN.	LERI.	ROUVIÈRE.
CAMUS (J.).	GUILLEMENOT.	LÉVY-SOLAL.	SCHWARTZ.
CHEVASSU.	GRÉGOIRE.	MATHIEU.	TANON.
CHAMPY.	HEITZ-BOYER.	METZGER.	TERRIEN.
CHIRAY.	JEANNIN.	MOCQUOT.	TIFFENEAU.
CLERC.	JOYEUX.	MULON.	VILLARET.
DEBRÉ.	LABBÉ (H.).	OKINCZYK.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME, A MA FILLE

A MON PERE

A MA MERE

A MON BEAU-PERE

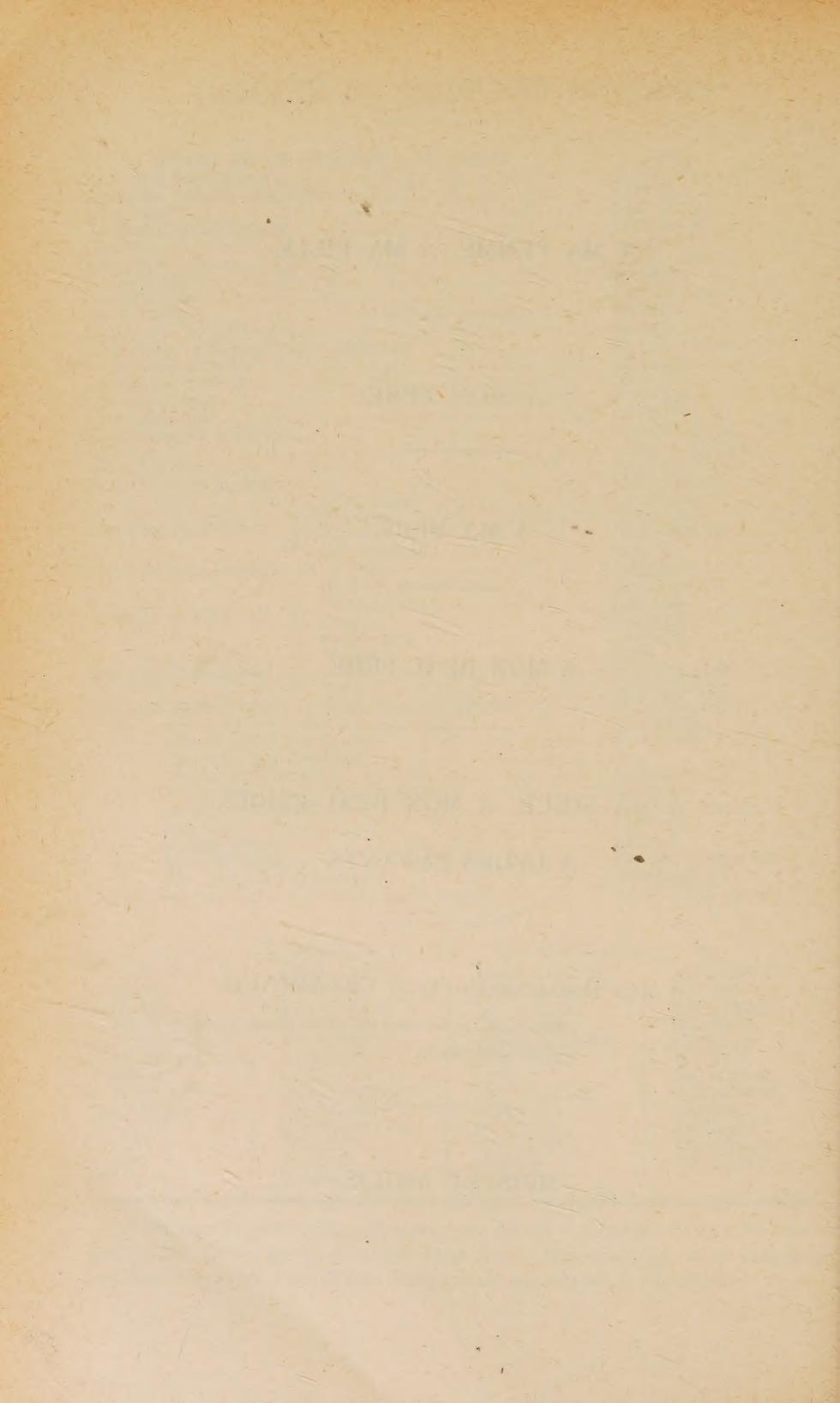
A MA SŒUR, A MON BEAU-FRERE,

A LEURS ENFANTS

À MON ONCLE LE DOCTEUR CH. AMIAUD,

Pour qui je ne saurais avoir assez d'estime et
de reconnaissance.

MEIS ET AMICIS



A MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE,

Qui me fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Je le remercie d'avoir bien voulu mettre à ma disposition la bibliothèque de son service à la clinique Baudelocque, et lui adresse également mes remerciements pour les excellents conseils qu'il m'a donnés.

A MON MAITRE, MONSIEUR LE DOCTEUR LE LORIER,
Professeur agrégé, accoucheur des Hôpitaux,

Je le remercie bien sincèrement de l'attention bienveillante qu'il a toujours montrée à mon égard. A la Maternité de la Pitié, où il remplaçait M. le Professeur Brindeau, ses très intéressantes leçons ont toujours beaucoup profité à mon éducation obstétricale. Aujourd'hui, je lui dois ce sujet de thèse dont la rédaction a bien souvent été facilitée par ses excellents conseils; je le prie d'accepter le témoignage de ma vive reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARCEL PINARD,
Médecin des Hôpitaux,

Je le remercie de son bienveillant accueil.

A MONSIEUR PIERRE GIRAND,
Assistant de M. le Docteur Marcel Pinard.

Pour les renseignements qu'il m'a donnés avec tant de complaisance,



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153512_0097

Contribution à l'étude du Traitement d'épreuve
DES
ETATS CACHECTIQUES du NOUVEAU-NÉ
PRÉSUMÉ SYPHILITIQUE
PAR LES ARSÉNOBENZOLS

Travail du Service de M. le Docteur LE LORIER

INTRODUCTION

Avant d'entrer dans l'étude des faits thérapeutiques nous consacrerons quelques pages à un exposé clinique des états cachectiques du nouveau-né. Nous aborderons même quelques détails de pathogénie, car, de ceux-ci découleront certaines règles de traitement anti-syphilitique, et certaines indications très sommaires de thérapeutique non spécifique et d'hygiène qui pourraient heureusement le compléter.

Faisons dès maintenant remarquer que nous prendrons souvent pour appuyer notre thèse des extraits de traités concernant les maladies du nourrisson; nous ne ferons qu'assembler des faits de même nature, les états cachectiques du nouveau-né ne différant de

ceux du nourrisson ni au point de vue de l'étude clinique, ni au point de vue du traitement. D'ailleurs nous reculons légèrement les limites au-delà desquelles l'enfant n'est plus, en général, considéré comme nouveau-né; nous les reporterons au vingtième jour environ, ce qui du reste n'est pas absolument arbitraire, car, si l'on prend pour limite l'époque où la cicatrisation ombilicale est achevée, on s'aperçoit, en cherchant bien sur des sujets normaux, qu'il existe encore, et souvent au-delà du 20^e jour, une cicatrisation imparfaite.

CHAPITRE PREMIER

Étude Clinique

Le nouveau-né présentant des accidents syphilitiques caractérisés doit être mis au traitement spécifique sans attendre le résultat d'une réaction de Bordet-Wassermann d'ailleurs superflue en pareil cas. Sur ce point, syphiligraphes et accoucheurs sont d'accord.

Lorsque l'enfant ne présente aucun signe de la maladie, son état général étant même satisfaisant, alors que la mère est reconnue syphilitique, l'indication du traitement n'est pas aussi formelle, et, si beaucoup de praticiens le conseillent, d'autres préfèrent s'en tenir à l'expectative; parmi les partisans de cette dernière méthode se range le Docteur Lesage, en déclarant : « Je crois qu'il faut s'abstenir de traiter un enfant sain en apparence mais issu de parents syphilitiques et attendre l'apparition d'une manifestation cutanée ou autre » (1).

Pour d'autres le traitement est indiqué, c'est ainsi

(1) LESAGE. *Traité des maladies du nourrisson*, p. 348. Masson, 1911.

que le professeur Bar déclare : « On doit admettre en principe que l'enfant né sain en apparence, mais dont les parents sont en état de syphilis, doit être traité, même si la réaction est négative » (1).

M. le professeur Couvelaire fait mettre systématiquement au traitement spécifique tous les enfants nés de parents syphilitiques, même s'ils sont en parfait état de santé apparent. Nous extrayons d'un article publié par lui dans la *Presse Médicale* du 4 juin 1921 les lignes suivantes : « Pour les nourrissons, sans attendre l'apparition d'accidents, nous pratiquons, suivant les cas, des frictions mercurielles, des injections intra-musculaires de glucarsénobenzol, et de préférence des injections sous-cutanées de sulfarsénol répétées tous les quatre à cinq jours par séries de 8 à *doses lentement progressives* (1/4 de centigr. à 5 centigr.) ».

Mais à côté de ces cas où la spécificité est connue, soit d'un côté soit de l'autre, il en est où elle n'est démontrée ni chez la mère, ni chez le produit de conception; et pourtant il y a parfois une importance considérable à être bien fixé.

Ce sont des cas où la mère ignore sa syphilis ou la cache, malgré toute la diplomatie du médecin pour la lui faire avouer; faits certainement assez rares à l'hôpital mais beaucoup moins sans doute en clientèle. Une réaction de Bordet-Wassermann a été négative ou très faiblement positive chez la mère, le plus souvent

(1) Rapporté par BALZER. *Traité des maladies vénériennes*, p. 662. Baillière, 1920.

même elle n'aura pas été faite; quant à l'enfant, né sain en apparence quoique plus ou moins débile, il peut arriver qu'on le voit subir après quelques jours d'état stationnaire, soit dans la première semaine, soit dans la seconde et même plus tard, une perte de poids tout à fait alarmante.

A ce symptôme, déjà inquiétant par lui-même, vient s'ajouter une altération profonde de l'état général. On note la présence de rides, qui rapidement viennent sillonner la face, il y a de l'insomnie; ce tableau angoissant est ainsi dépeint par le docteur Balzer : « Quelquefois l'anémie et la cachexie progressent sans rémission, l'enfant ne dort plus, il maigrit, a un cri faible presque continuel, est pâle ou d'une couleur jaunâtre foncé, bistrée; il est incapable de se nourrir et succombe avec des signes d'athrepsie, souvent avec l'apparence d'un petit vieillard » (1).

En dehors des lésions trop évidentes de syphilis cutanée, de coryza, qui mettraient vite sur la voie du diagnostic on cherche aussi, mais vainement bien souvent, de l'adénopathie, des lésions commissurales, anales, testiculaires, et d'autres encore. Souvent une recherche minutieuse fait découvrir une légère fissure siégeant à la commissure des lèvres, une plaque muqueuse anale, mais il arrive aussi qu'aucun symptôme net ne pouvant être relevé, on n'ose porter le diagnostic de syphilis, même si l'on constate une légère hypertrophie du foie ou de la rate, voire même un peu

(1) BALZER. *Maladies vénériennes*, p. 165. Baillière.

d'enchifrènement qui ne saurait être pris pour du coryza franc.

A ce sujet, le docteur Comby écrit : « Quand le nouveau-né présente à la fois ce coryza et ces fissures labiales, quand sa face est maigre, ridée, quand son teint est pâle, terreux, bistré, il a réellement « le faciès syphilitique » et le diagnostic peut se faire à distance. Mais n'oublions pas que ce faciès est loin d'être constant et qu'un bon nombre d'enfants syphilitiques ont toutes les apparences de la santé, quelques-uns ont une syphilis fruste qu'il faut savoir dépister, en tenant compte du teint blême de la face, du coryza, de l'hypertrophie de la rate, de la faible augmentation de poids. Quant on méconnaît la maladie il arrive assez souvent qu'elle se termine par la mort subite » (1).

Mais plaçons-nous dans les cas extrêmes où, en dehors de l'état cachectique, on ne rencontre aucun symptôme appréciable de spécificité, on pensera à la débilité, à l'atrophie simple et on laissera évoluer la maladie; il est en effet bien difficile de distinguer la débilité et l'atrophie syphilitique de la débilité et de l'atrophie de toute autre nature. C'est l'amélioration par le traitement spécifique qui bien souvent fera faire le diagnostic.

Il est quelques accidents qui, sans être symptomatiques, peuvent cependant mettre sur la voie. C'est ainsi qu'à côté de la débilité et venant la compliquer fréquemment, il faut signaler comme très important l'apparition de vomissements paroxystiques, en voici

(1) COMBY, *Traité des maladies de l'enfance*, p. 159. Vigot, fr., 1920.

une description donnée par le Docteur Barbary : « Environ une heure après le réveil, la face pâlit, le nez se pince, l'enfant devient grognon et brusquement le vomissement se produit en bloc, sans nausées, sans efforts. C'est le type du vomissement « en fusée ». Il est constitué par 100 à 200 grammes de liquide aqueux, fluide, hyperacide (5 gr. 22 au lieu de 3 gr. à 3 gr. 50), souvent un peu verdâtre » (1).

Ces vomissements paroxystiques sont généralement liés soit à un spasme pylorique, soit à une hypertrophie du pylore, pas forcément d'origine syphilitique d'ailleurs, soit encore à une intolérance gastrique sans lésion apparente.

On peut noter 15 à 20 vomissements par jour, l'enfant est abattu, mais soudainement, après trois jours environ, tout rentre dans l'ordre, les vomissements disparaissent complètement.

En face de ces accidents il faut écarter les diagnostics de péritonite, d'invagination intestinale, de méningite, d'acétonémie, or ici on ne trouve ni acétone ni acide diacétique. Ces crises de vomissements peuvent par leur répétition amener une cachexie d'autant plus progressive que l'enfant était déjà plus débile; et le petit malade est rapidement emporté.

Notons aussi la fréquence de la diarrhée, le tube digestif est tellement lésé dans ses éléments glandulaires qu'il lui est impossible de suffire à sa tâche. Les selles sont fréquentes, liquides, elles amènent une

(1) BARBARY. *Archives médicales d'Angers*, p. 106, août 1920.

deshydratation d'autant plus rapide qu'elles sont plus nombreuses.

Ces enfants s'infectent aussi facilement, ils font parfois des abcès sous-cutanés, le Docteur Barbary y note l'existence très fréquente de staphylocoques, et c'est parfois une septicémie staphylococcique qui vient s'ajouter à la débilité constitutionnelle et assombrir le pronostic.

Donc en face d'un nouveau-né plus ou moins débile qui présente soit des vomissements paroxystiques, soit une diarrhée profuse et non influencée par les moyens thérapeutiques ordinaires, se méfier, ce sont autant de raisons pour pencher vers la spécificité.

Malgré toutes les difficultés que l'on pourra rencontrer, il faudra s'efforcer cependant d'arriver aussi près que possible du diagnostic. On écartera les différentes causes de cachexie, les intoxications intestinales (alimentation défectueuse), le paludisme, la tuberculose, l'influence de l'alcoolisme des parents, mais dans tous ces cas l'anémie est moins rapide que dans ceux qui nous occupent.

Les accidents dont nous venons de parler ne sont point symptomatiques et c'est alors qu'un ou deux symptômes de plus peuvent avoir une importance considérable pour établir le diagnostic étiologique. Et nous pensons en ce moment à l'hépatomégalie et surtout à la splénomégalie. A ce sujet le Docteur Lesage écrit dans son traité des maladies du nourrisson : « L'apparition de l'hépatomégalie et de la splénomégalie chez le nourrisson cachectique doit faire

penser à la syphilis, car la tuberculose et le paludisme revêtent rarement cette forme » (1). Ainsi voilà deux affections éliminées dans la plupart des cas, d'ailleurs on les observera bien peu souvent aussi précocement. Si donc à la cachexie s'associent de la splénomégalie, de l'hépatomégalie, et si on note l'apparition de vomissements paroxystiques, ou de diarrhée non influencée par la diète et l'alimentation restreinte, on ne risquera guère de se tromper en portant le diagnostic de syphilis. Ajoutons qu'on devra toujours s'enquérir du poids du placenta et chercher à savoir s'il n'y avait pas d'hydramnios. La question des antécédents est également d'une importance capitale.

Cette question de la cachexie syphilitique du nouveau-né est assez peu étudiée dans les traités, son traitement l'est encore moins, et pourtant les statistiques, peu nombreuses il est vrai, enseignent combien est grande la proportion d'hérédo-syphilitiques chez les nouveau-nés débiles.

Le Docteur Barbier, médecin de l'hôpital Hérald, dans une statistique faite dans son service, annonce sur 93 sujets simplement atrophiques la présence de 39 syphilitiques, ce qui donne un pourcentage élevé de 42 % environ. Sur ces 39 sujets, 30 avaient une réaction de Wassermann positive, les 9 autres avaient été très nettement améliorés par un traitement mercuriel; et parmi les 54 restants il y avait quelques suspects chez qui la mère avait eu une réaction posi-

(1) LESAGE. *Traité des maladies du nourrisson*. Masson, 1921.

tive, il semble donc que ce chiffre de 42 % soit encore au-dessous de la vérité.

M. le Professeur Couvelaire écrivait dans la *Presse Médicale* du 4 juin 1921 : « D'autre part, sur 84 prématurés débiles nés vivants, et morts avant le 10^e jour, il a été possible de reconnaître l'existence d'une syphilis certaine des procréateurs dans les conditions indiquées plus haut dans 17 cas, soit dans une proportion de plus de un sur cinq ».

Dans le doute que propose-t-on ? une réaction de Bordet-Wassermann ? si elle est positive rien de mieux, mais si elle est négative, va-t-il falloir s'en tenir à l'expectative ? Nous ne le pensons pas.

Dans le cas de syphilis héréditaire il ne faut pas tenir un trop grand compte de la réaction de Bordet-Wassermann. La plupart des auteurs qui ont étudié cette question notent la fréquence des résultats négatifs chez l'hérédo-spécifique sans accidents apparents, seulement débile. L'un d'eux signale même qu'il a vu chez des jumeaux le Wassermann positif pour l'un et négatif pour l'autre (*De Bugs, American Journal of diseases of children*, janvier 1913).

Il est admis que la réaction de Bordet-Wassermann n'a pas, chez l'hérédo-syphilitique, autant de valeur diagnostique que chez l'individu dont la syphilis est acquise.

Beaucoup de facteurs concourent à cette imprécision, l'ancienneté de l'infection maternelle, la gravité chez celle-ci, le traitement qu'elle a suivi et bien d'autres encore. De plus, fait très important et très

intéressant, il semble que plus un enfant est cachectique et moins il a de chances d'avoir un Bordet-Wassermann positif, comme le fait remarquer le Docteur Barbier (*loc. cit.*), il se passe ici quelque chose d'analogue à ce cas où, chez un tuberculeux cachectique, la tuberculine donne une réaction négative.

Ajoutons à cela que si le Bordet-Wassermann peut se faire rapidement dans un service fort bien organisé, comme il n'en existe que dans les hôpitaux de grands centres urbains, il en est tout autrement dans les petites villes, les bourgades où sans doute le praticien ne voit pas beaucoup de syphilitique, du moins dans ces dernières, mais quand il en voit, s'il y a urgence de traitement, il ne saurait le reculer pour la raison d'attendre un résultat de laboratoire qu'il n'aura que trois ou quatre jours après, bien heureux encore lorsqu'il l'aura aussi rapidement. En attendant ce résultat il pourrait perdre un temps précieux.

Dans un cas qui fait l'objet d'une observation rapportée plus loin, le Docteur Le Lorier, mon maître, a été amené à faire le traitement avant d'avoir eu le résultat du Bordet-Wassermann, l'état de l'enfant empirait, il y avait nécessité d'agir vite, et l'effet merveilleux de la première injection de novarsénobenzol vint révéler la syphilis avant que fut connue la réponse du laboratoire.

Concluons donc qu'à part un petit nombre de cas, où l'examen de laboratoire pourra être fait très rapidement, il faudra commencer par le traitement, le

Bordet-Wassermann se fera simultanément ou après, ce qui vaudra mieux, on aura plus de chance d'avoir un résultat positif, à condition de ne pas trop attendre bien entendu. Si l'on attendait un résultat de laboratoire qui devait être promptement connu et si celui-là tardait à parvenir, ne pas hésiter à se passer de lui; si de même la réaction étant négative, on conservait quelque doute, traiter l'enfant. Souvent le traitement spécifique servira de pierre de touche et remplacera momentanément l'étude biologique.

Sans doute pourra-t-on reprocher à cette manière de procéder d'être quelque peu empirique, l'indication de traiter n'étant basée sur aucune donnée bien ferme de spécificité, mais le praticien se trouve souvent en face de cas semblables, d'ailleurs les résultats favorables fournis par cette méthode prouvent assez sa légitimité, le laboratoire doit ici céder le pas à la clinique.

Ce qu'il faut en effet, c'est agir vite; on se trouve en présence d'un organisme succombant à une lutte dans laquelle il s'épuise vite, que faut-il faire ? A la brusque agression des tréponèmes il faut opposer une thérapeutique rapide, et profiter bien vite des quelques réserves vitales dont dispose encore l'enfant.

Le succès dépend beaucoup de l'opportunité du traitement, celui-ci n'agira qu'autant qu'il trouvera un organisme encore assez fort pour ne pas être trop éprouvé par la médication elle-même, et ceci nous conduit déjà à poser comme principe de traitement :

Frapper vite, mais avec prudence, donner de faibles doses de toxique à un sujet très affaibli.

Cette ligne de conduite, on la comprend bien en étudiant la pathogénie de ces états cachectiques. Il faut, en effet, chercher la cause de cette athrepsie dans le processus dystrophique qui conduit aux altérations multiples des différents systèmes organiques et principalement des glandes exocrines et endocrines.

C'est ainsi que le foie a perdu son aspect histologique normal, ses travées sont bouleversées, envahies par la sclérose, dans ces conditions l'excrétion biliaire ne peut être normale et il en est sans doute de même de ses autres fonctions. Nous voilà donc déjà en face d'un organe déficient.

Le pancréas offre également un aspect tout à fait anormal, il est hypertrophié et une coupe montre une prolifération abondante du tissu conjonctif, la glande exocrine s'atrophie, mais les îlots de Langerhans par contre se multiplient. Ne cherchons pas à interpréter cette inversion glandulaire, retenons simplement que le pancréas devient insuffisant comme glande digestive.

Dans les parotides, même processus dystrophique, sclérose et diminution du parenchyme sécréteur.

A côté de ces lésions et d'autres bien connues, il en est encore à découvrir sans doute. Les tréponèmes pullulent dans tout l'organisme et leur action sclérosante ne passe inaperçue nulle part. Mais ajoutons que cette action sclérosante peut ne pas s'être manifestée pendant la vie intra-utérine, dans beaucoup de

cas même elle n'a pas le temps d'évoluer après la naissance, car un assaut soudain des tréponèmes, qui se mettent à pulluler dans l'organisme, emporte le petit malade, en moins d'une journée parfois.

La débilité de l'hérédo-syphilitique n'a donc rien de surprenant; on ne doit pas non plus être surpris de voir un enfant qui, après quelques jours de vie extra-utérine normale, se cachectise rapidement. Jusqu'à sa naissance il puisait les matériaux nécessaires à son accroissement dans l'organisme de sa mère, son appareil digestif était au repos, mais lorsqu'il lui a fallu faire appel à ses glandes, celles-ci se sont trouvées bien insuffisantes; et si les lésions croissent ou si même elles sont trop importantes, la cachexie ne pourra que s'aggraver emportant facilement le petit malade.

Nous nous trouvons donc en face de deux causes principales de ces états cachectiques : d'une part, les lésions dystrophiques, d'autre part, l'attaque soudaine des tréponèmes.

Ces considérations nous conduisent à certaines données thérapeutiques que nous envisagerons dans un chapitre ultérieur, énumérons-les seulement : prudence dans la thérapeutique spécifique; veiller à l'alimentation; venir en aide aux glandes déficientes.

Bien souvent, malgré le soin que l'on aura apporté dans la conduite du traitement, on ne pourra empêcher une rapide issue fatale; il y aurait faute sans doute à mettre sur le compte de la thérapeutique la totalité des cas malheureux, le plus souvent elle n'y est pour rien.

Il est certain que contre les lésions dystrophiques si importantes, dont nous avons parlé tout à l'heure, les médicaments, aussi actifs soient-ils, ne peuvent rien; digestion tout à fait insuffisante, intoxication de l'organisme, il y a assez de cela pour emporter l'enfant très rapidement.

C'est seulement dans les cas où les lésions, peu intenses à la naissance ou seulement en voie de croissance, n'ont pas eu le temps de créer des perturbations organiques incompatibles avec l'existence que le traitement spécifique pourra venir en aide au nouveau-né. Que deviendra-t-il plus tard ? Il n'est que trop à craindre qu'il se ressente toujours de ces lésions indélébiles, mais ici également, il y aurait erreur à mettre sur le compte de la thérapeutique spécifique les séquelles de ces premières manifestations de la syphilis. Devenu adulte, s'il le peut, l'hérédo-syphilitique sera avant tout un insuffisant glandulaire, ce qu'il a toujours été, et c'est sa maladie la seule coupable.

CHAPITRE II

Traitement

Cette règle étant admise, à savoir qu'en face d'un organisme affaibli, s'il faut agir vite, il faut aussi se montrer très prudent, nous pourrions, en tenant compte de cette donnée, discuter la valeur des divers médicaments spécifiques et les doses à employer dans le cas qui nous occupe; mais il est logique pour obtenir cette rapidité d'action à laquelle est conditionnée la réussite du traitement, de s'adresser aux médicaments les plus actifs que nous connaissions, en l'espèce les arsénobenzols.

Erlich faisait de grandes réserves sur l'emploi de la médication arsenicale chez le jeune enfant. il estimait que l'action aussi active de ce médicament dans un organisme littéralement bourré de tréponèmes pouvait avoir de fâcheux inconvénients. Il était d'ailleurs encore mal connu et la question des doses était à l'étude, il ne faut donc pas s'étonner si les premiers résultats furent peu encourageants.

Après quelques essais infructueux on abandonna le

traitement direct et on se tourna du côté de la mère qui, traitée, servait d'intermédiaire en procurant à son enfant le médicament passé dans son lait et aussi des anticorps. Mais il arrivait que la syphilis continuait à évoluer malgré tous les soins que l'on apportait à la conduite de ce traitement. De plus, certains auteurs attiraient l'attention sur le danger qu'il pouvait y avoir à faire absorber en même temps que le lait les toxines issues des tréponèmes détruits. Quoiqu'il en soit, que l'on attribue les bons résultats obtenus parfois par ce traitement indirect à l'action de l'arsenic, retrouvée d'ailleurs plusieurs fois expérimentalement dans le lait de la mère, ou aux anticorps auxquels le professeur Erlich faisait jouer un grand rôle, ce n'est pas à cette méthode que nous recourerons dans les cas qui nous occupent, le traitement direct nous donnera mieux les moyens d'agir rapidement et sûrement.

Le traitement direct a donné des déboires au début, c'est ainsi que Wechselmann, en 1910, signalait sur 14 cas, 10 guérisons et 4 décès; d'autres auteurs publiaient des statistiques encore bien moins encourageantes, pourtant on enregistrait parfois de véritables résurrections. Erlich et Wechselmann employaient le salvarsan en injections intramusculaires ou sous-cutanées, ils avaient des escharres, et les souffrances endurées par l'enfant n'étaient pas faites pour lui faire retrouver son sommeil et aider à l'amélioration de l'état général.

Heubner employait des injections intraveineuses.

malgré les difficultés qu'il rencontrait il s'en tint à cette méthode, ses résultats étaient encourageants, surtout dans les cas de syphilis cutanée, de coryza, mais les enfants cachectiques ne semblent pas avoir tiré grand bénéfice de la médication.

A quoi faut-il attribuer ces premiers échecs ? A plusieurs causes sans doute, mais surtout à l'insuffisante connaissance du médicament, d'où emploi fréquent de doses un peu fortes.

En 1912, le Docteur Scoffier soutenait une thèse intitulée « L'arsénobenzol chez la femme enceinte et les nourrissons dans le traitement de l'hérédo-syphilis », cet auteur résumait les travaux publiés sur cette question tant en France qu'à l'étranger. Lui-même, après avoir traité de nombreux hérédo-syphilitiques, admettait que l'arsénobenzol était le médicament de choix pour lutter contre les manifestations cutanées de la maladie; contre l'état général il ne lui attribuait que peu de valeur. Pour lui, d'ailleurs, cette cachexie est presque toujours fatale, à tel point qu'après avoir rapporté les statistiques de 21 auteurs étrangers qui accusent une moyenne de 26,5 % de mortalité chez des hérédo-syphilitiques traités par le 606 il en arrive à supprimer certains cas qu'il qualifie de désespérés faisant ainsi descendre le pourcentage à 12,7 %, en y joignant les chiffres de sa statistique personnelle, meilleure il est vrai que celle des autres auteurs dont il rapporte les noms. Ces cas désespérés se rapportent à des enfants très cachectiques, leur état était si précaire qu'il était impossible, d'après lui, de savoir si le

traitement avait été pour quelque chose dans leur mort. Cependant il ne nie pas l'effet parfois merveilleux de l'arsénobenzol dans des cas de ce genre, et dans ses conclusions il écrit : « Il est moins certain d'avoir une action favorable sur la cachexie syphilitique; mais même dans ces cas, on doit essayer le traitement par l'arsénobenzol qui nous a donné de véritables résurrections ». Il ajoute également un peu plus loin : « Toutes les fois qu'il faudra agir vite pour sauvegarder la vie d'un enfant il faudra s'adresser à l'arsénobenzol ».

En 1913, le Docteur Chambrelent, dans une étude sur l'emploi du salvarsan chez le nouveau-né, rapportait 3 cas mortels au cours du traitement; sur ces 3 cas une seule fois l'injection pouvait être mise en cause, il s'agissait d'un enfant né dans un état très précaire d'une mère syphilitique, il reçut une injection de 2 centigrammes d'arsénobenzol, le soir même il eut une hématurie qui persista le lendemain puis cessa, l'enfant mourut néanmoins au bout de 10 jours. Le docteur Chambrelent concluait que le produit était loin d'être inoffensif, il le trouvait actif dans les diverses manifestations cutanées de la syphilis, mais vis à vis de l'état général il ne lui attribuait qu'une valeur restreinte.

En 1913, MM. Lemeland et Brisson, dans un article publié dans les archives mensuelles d'obstétrique et de gynécologie, faisaient connaître les résultats obtenus à la clinique Tarnier dans le service de M. le Professeur Bar, par les injections de néo-salvarsan chez

les nourrissons. La dose employée était de 0 gr. 01 et l'injection était poussée très lentement dans l'espace sous-scapulaire, les réactions observées étaient très faibles. Ces auteurs notaient que dans les cas de lésions viscérales graves et de septicémie les résultats de cette thérapeutique étaient mauvais. Ils trouvaient le médicament trop actif, trop brutal, et le regardaient comme dangereux « soit par l'intoxication qui résulte de la destruction des tréponèmes, soit en prédisposant l'enfant aux infections » dans les cas d'infection subaiguës ils le considéraient comme favorable.

D'une façon générale l'arsénobenzol était encore peu employé chez l'enfant et en 1914 le Docteur Blechmann écrivait : « Si la littérature médicale déborde de publications concernant le traitement intraveineux de la syphilis par l'arsenic, il faut avouer que le nombre de celles qui concernent le nourrisson est si restreint qu'elles semblent en quelque sorte se singulariser parmi les autres » (1). Cependant ce même auteur avait fait à cette époque dans le service de M. le Professeur Marfan plus d'une centaine d'injections intraveineuses de 914 et il avait noté les bons effets de cette médication chez le nourrisson.

Mais l'injection intraveineuse n'est pas chose facile à faire chez le nouveau-né. La jugulaire externe, la tête étant en hyperflexion latérale, offre la voie la plus pratique. Le Docteur Blechmann a très clairement exposé cette technique.

Quant à l'injection sous-cutanée de néo-salvarsan.

(1) BLECHMANN. *Paris Médical*, 1914.

elle a le tort d'être douloureuse et de plus l'action du médicament semble ne pas être aussi heureuse employée de cette façon; d'après certain auteur, la toxicité du 914, en particulier, vis à vis du foie serait plus forte à doses égales injectées par voie hypodermique que par voie intraveineuse, et cette toxicité serait d'autant plus forte que les doses seraient plus fractionnées.

Pourtant MM. Marcel Pinard et Pierre Girand après avoir essayé, à la crèche du service de M. Queyrat et au Dispensaire antisyphilitique de la Maternité Baudelocque, différents procédés sont arrivés à accorder leur préférence à la voie sous-cutanée; ils emploient le sulfarsénol qui leur donne d'excellents résultats.

La voie intra-musculaire a été employée particulièrement par le Docteur Balzer qui injecte du novarsénobenzol en suspension huileuse ou glycosée. Erlich, qui avait tout d'abord employé les injections intramusculaires, estimait que c'était la voie à préférer au point de vue des résultats, mais le salvarsan ne se prêtait pas à cet emploi. La question fut reprise et actuellement plusieurs auteurs semblent partager l'opinion du professeur allemand. Dans un article paru tout récemment dans la *Presse Médicale*, M. Pomaret déclare penser avec Fleig « que l'activité thérapeutique des organo-arsenicaux est en rapport direct avec la durée de séjour du produit dans l'organisme et en rapport inverse avec sa vitesse d'élimination ».

(1) POMARET. *Presse Médicale*, 11 février 1922.

MM. Lacapère et Vallery-Radot emploient le novarsénol en solution glycosée très étendue, ils se servent aussi du sulfarsénol, ils font des injections sous-cutanées d'abord, puis intramusculaires et intraveineuses; mais, chez les nouveau-nés très cachectiques, ils préfèrent commencer par le mercure, si celui-ci ne donne aucun résultat ils passent immédiatement aux arsénobenzols.

Signalons également que l'on a administré le médicament en le faisant absorber avec du lait ou en utilisant la voie rectale, ces deux moyens ne sauraient nous arrêter car les petits malades ont souvent des vomissements et de la diarrhée.

Si les veines du nouveau-né, étant donné leur faible calibre, offrent des difficultés opératoires quand il s'agit d'y injecter un médicament, il est cependant deux endroits où elles sont assez facilement abordables. Nous n'entrerons pas dans les détails de technique, signalons seulement que lorsque l'enfant crie, ses veines épicroïennes se distendent assez pour permettre d'y pousser une injection sans trop de difficultés. Il y a encore un point du réseau veineux plus facilement abordable, c'est le sinus longitudinal supérieur.

Le sinus longitudinal supérieur est relativement très large chez l'enfant. MM. Dupérié et Guénard, étudiant sur 20 cadavres les dimensions de ce vaisseau, ses repères exacts, en déduisent deux points importants. La largeur du sinus atteint sa plus grande dimension au niveau de l'angle postérieur de la grande fonta-

nelle; le sinus y est très près du cuir chevelu. Chez un nouveau-né à terme la largeur du sinus au point indiqué est de 5 millimètres; sa profondeur, chez un enfant de un mois et demi, est de 4 millimètres au-dessous des téguments, donc distance inférieure à ce chiffre chez le nouveau-né.

La largeur du sinus et sa position superficielle en font une voie facile à employer, mais pour aussi facile qu'elle soit, elle n'est pas à conseiller; car même entre des mains expertes, une aiguille peut parfois aller trop avant, surtout lorsqu'on ne voit pas la veine que l'on injecte. Une fausse manœuvre pourrait avoir de si funestes conséquences qu'il vaut mieux employer une technique subordonnant moins la vie de l'enfant à un geste imprécis de l'opérateur. Nous avons vu un cas ne laissant pas de place au doute, l'examen anatomique nous avait montré un sphacèle de la substance cérébrale du volume d'une noix avec congestion intense des méninges.

Notons qu'il aurait été facile de mettre au passif du novarsénobenzol le fâcheux résultat obtenu; résumon cette observation : il s'agit d'un enfant débile pesant 1.870 grammes à la naissance, le 13^e jour le poids est à 1.800 grammes, et, l'état général étant de plus en plus mauvais malgré les injections de sérum de Quinton, d'huile camphrée, d'éther, on fait 0 gr. 015 de néosalvarsan par la voie intrasinusale; le lendemain l'enfant est cyanosé, on donne de l'oxygène, mais la cachexie fait des progrès rapides, pendant les deux jours qui suivent l'injection il perd successive-

ment 20 et 120 grammes. Le 2^e jour on injecte à nouveau 0 gr. 015 du même médicament, le lendemain on note une nouvelle perte de poids de 110 grammes et l'enfant meurt.

En l'absence de constatation anatomique on aurait fort bien pu se tenir le raisonnement suivant : l'enfant était un débile qui retrouvait difficilement son poids de naissance, la syphilis était sans doute à incriminer mais le traitement par l'arsénobenzol a transformé cette débilité en cachexie à marche rapide qui a emporté le petit malade après la 2^e injection. Très heureusement pour la bonne renommée du novarsénobenzol il n'en était rien, une erreur de technique était seule à incriminer mais le résultat n'en était pas meilleur pour cela.

La question des doses est plus importante à étudier que celle de la voie à préférer, mais quelle que soit celle que l'on emploiera la règle que nous avons énoncée plus haut garde toujours sa valeur : *dose de toxique faible chez un sujet très affaibli*. A ce sujet nous extrayons d'un article des Docteurs Ribadeau, Dumas et Farroy les lignes suivantes : « Dans le cas de lésions viscérales, de cachexie, de débilité, les auteurs, et notamment Lesage, ont reconnu la nécessité de réduire les doses. Le mieux serait chez les hérédosyphilitiques de mener lentement au début le traitement spécifique, afin d'éviter une intolérance préjudiciable. Ainsi pourrait-on sauver un grand nombre de sujets athrepsiques qui, en réalité, ne sont que des

hérédo-syphilitiques ayant subi des altérations histologiques profondes des tissus glandulaires » (1).

Aucune règle générale ne saurait être établie en ce qui concerne les doses à injecter, c'est avant tout une question d'appréciation. Le poids de l'enfant ne saurait suffire à les déterminer, il faut cependant en tenir le plus grand compte car c'est lui qui indiquera celles au-dessous desquelles il convient de rester. C'est ainsi qu'un nouveau-né très cachectique devra recevoir une quantité plus faible de médicament qu'un autre dont le poids sera peut-être inférieur au sien mais dont l'état général sera moins mauvais. C'est l'état du nouveau-né qui doit commander la marche du traitement.

Certains auteurs commencent par des doses très faibles, quelques milligrammes; d'autres emploient un demi centigramme et plus par kilogramme suivant le degré de cachexie. Il est certain qu'en face d'un nouveau-né qui s'achemine sûrement vers la mort, il ne faudrait pas se montrer prudent au point d'administrer une dose vraiment trop peu active; par peur de nuire on pourrait ne pas être suffisamment utile à l'enfant. Du reste, il ne faut pas perdre de vue, toutes choses étant égales, que celui-ci supporte mieux l'arsenic que l'adulte.

Nous poserons donc une autre règle de traitement, *agir avec prudence mais employer des doses suffisantes pour ne pas faire avec un médicament actif un traitement inactif et partant inutile*. Or, une thérapeu-

(1) RIBADEAU-DUMAS et FARROY. *Le nourrisson*, p. 152. Paris, 1919

tique inefficace, lorsqu'il est encore possible de sauver, un malade, est une thérapeutique nuisible.

Quoiqu'il en soit, la première dose étant toujours faible, si le nouveau-né semble avoir tiré bénéfice de celle-ci, il faudra augmenter progressivement les doses de façon à arriver à un traitement sérieux; d'après certains auteurs les traitements insuffisants peuvent faciliter l'apparition d'accidents nerveux; mais ceci n'est déjà plus du domaine de notre thèse.

Le Docteur Blechmann, opérant dans le service de M. le Professeur Marfan, ne dépassait pas 0 gr. 01 de 914 chez le nourrisson cachectique, et ceci en 1914. Ce même auteur écrivait dans un numéro de *Paris Médical* : « Moins immédiate, mais non moins saisissante est l'action du néosalvarsan sur l'état général; rapidement l'enfant s'alimente mieux et prend un meilleur aspect tandis que le poids augmente » (1).

Le Docteur Barbary emploie une dose de cinq milligrammes par kilogramme d'enfant, il recommande les injections intra-musculaires selon la méthode de Balzer. Cette technique semble, d'après cet auteur, produire des résultats sensiblement comparables chez les débiles aux injections intraveineuses.

Comme nous le disions plus haut, MM. le Professeur Couvelaire, le Docteur Marcel Pinard et M. Pierre Girand emploient le sulfarsénol par voie sous-cutanée. Dans les cas qui nous occupent, quelque soit le poids du petit malade, ils font quelques milligrammes seulement, rapidement, si cette dose est bien supportée, et

(1) BLECHMANN. *Paris médical*, loc. cit.

elle l'est pour ainsi dire toujours, ils passent à des doses plus fortes pour arriver à un traitement normal en tenant compte du poids de l'enfant.

Nous remercions M. Pierre Girand, assistant de M. le Docteur Marcel Pinard, d'avoir bien voulu nous montrer quelques observations très intéressantes concernant ce sujet, recueillies à la Clinique Baudelocque; celles-ci seront reproduites dans la thèse qu'il prépare actuellement.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Enfant B., Pavillon Chaussier, salle Lepage (service de M. Le Lorier).

La mère, une primipare, présentait un léger excès de liquide ; rien d'intéressant dans les antécédents avoués.

Le père est épileptique, l'hypothèse de syphilis avait été écartée chez lui, jamais il n'avait été mis au traitement spécifique, pas plus en ville qu'à l'hôpital où on l'avait soigné pendant un certain temps.

19 décembre 1921, accouchement normal d'un garçon pesant 3310, son état physique est satisfaisant.

Poids du placenta, 480 grammes.

Jusqu'au 9^e jour, l'enfant croît d'une façon assez satisfaisante, mais le poids primitif n'a pas encore été atteint, il n'arrive qu'à 3275. Détail important : Il existe un peu d'enchifrènement, sans qu'on puisse à proprement parler de coryza cependant.

10^e jour :

Baisse de 35 grammes, l'état général s'est rapidement altéré ; on met l'enfant au lait de nourrice et on prescrit une friction mercurielle.

11^e jour :

Nouvelle baisse de poids de 40 grammes, l'état général est de plus en plus mauvais. On fait une autre friction

mercurielle et on injecte 10 cm³ de sérum de Quinton. Le lait de nourrice est continué.

12^e jour :

Le petit malade présente un teint livide et terreux. Nouvelle perte de poids de 23 grammes. On décide de ne pas attendre plus longtemps le résultat d'un Bordet-Wassermann que l'on fait avec le sang de la mère et, immédiatement, on fait une injection de 0 gr. 015 de néosalvarsan dans le sinus longitudinal supérieur ; on abandonne le mercure. Le sérum de Quinton et le lait de nourrice sont continués ; ils le seront jusqu'à la fin du traitement à la maternité.

13^e jour :

L'état de l'enfant s'est modifié complètement depuis la veille, la coloration terreuse des téguments a fait place à un teint presque rosé ; c'est une véritable résurrection. Malgré ce changement d'aspect, on note une nouvelle perte de poids de 55 grammes et celui-ci n'atteint plus que 3120 grammes.

14^e jour :

La courbe de poids remonte, on note une augmentation de 10 grammes, l'état général a considérablement changé.

15^e jour :

Gain de 45 grammes.

16^e jour :

Nouvelle perte de poids de 15 grammes ; on fait une injection de 0 gr. 02 de novarsénobenzol, toujours par la même voie.

17^e jour :

Nouvelle perte de poids de 20 grammes.

18^e jour :

On note un gain de 20 grammes.

19^e jour :

Nouveau gain de 40 grammes ; on continue le traitement arsénical ; on fait une nouvelle injection intrasémisale de 0 gr. 04 de novarsénobenzol.

20^e jour :

L'enfant pèse 3225 grammes, accusant, sur la veille, une augmentation de poids de 25 grammes ; son état général est satisfaisant. Il sort de la maternité, le nez toujours un peu enchifrené ; ses téguments ont une coloration rose normale.

Notons que quelques jours après la première injection de novarsénobenzol, le laboratoire a annoncé un Wassermann positif chez la mère. Celui de l'enfant n'a pas été fait.

Depuis sa sortie de la maternité, l'enfant a été traité dans le service de M. le Docteur Marcel Pinard. Il a reçu 7 injections de sulfarsénol par voie sous-cutanée. Le 22 février, il pesait 4.500 grammes, quoique débile, son état était assez satisfaisant.

OBSERVATION II

Enfant G., Pavillon Chaussier, salle Lepage.

Rien de spécial dans les antécédents maternels.

Il s'agit d'une grossesse gémellaire chez une primipare. 23 juillet 1921 : Accouchement normal de deux fœtus.

1^{er} fœtus : garçon pesant 1520 grammes.

2^e fœtus : fille pesant 1400 grammes.

Poids des placentas : 580 grammes.

La fille meurt le 2^e jour. Le garçon ne peut retrouver son poids de naissance ; le 20^e jour il ne pèse encore que 1480 grammes ; quoique débile, son état général n'est pas mauvais ; jusqu'à cette date, il a reçu 7 injections de sérum de Quinton, il sort de la maternité, le 11 août.

Notons que quelques jours après l'accouchement, un Bordet-Wassermann a été fait chez la mère. Celui-ci a été négatif.

5 septembre :

La mère revient à l'hôpital pour subir un curetage; l'enfant entre avec elle; il pèse 2.325 grammes.

18 septembre :

L'enfant perd 25 grammes.

19 septembre :

Nouvelle perte de poids de 30 grammes. L'état général satisfaisant depuis l'entrée devient rapidement mauvais; le teint est plombé. On fait 10 cm³ de sérum de Quinton, 1 cm³ d'éther en deux fois, on donne de l'oxygène.

20 septembre :

Nouvelle perte de poids de 90 grammes; la cachexie fait des progrès alarmants. On injecte de suite 0 gr. 02 de novarsénobenzol dans le sinus longitudinal supérieur, 20 cm³ de sérum de Quinton et 50 cm³ de sérum adrénaliné.

Le lendemain et le surlendemain on note une amélioration considérable. Le 1^{er} jour, l'enfant gagne 20 grammes; le 2^e jour, 10 grammes et, surtout, l'état général est complètement modifié.

23 septembre :

Nouveau gain de 40 grammes. On fait 0 gr. 02 de novarsénobenzol, toujours par la même voie. L'enfant est méconnaissable.

24 septembre.

La courbe de poids atteint 2.275 grammes en progression de 25 grammes sur la veille.

25 septembre :

L'enfant sort de la maternité; il a reçu 2 injections de

novarsénobenzol et une injection journalière de 10 cm³ de sérum de Quinton. Son état général est assez satisfaisant; il pèse 2.300 grammes.

Actuellement l'enfant pèse 6 kil. 600, il se porte bien; aucun traitement n'a été suivi malgré les recommandations faites à la mère.

Nous rapportons maintenant une observation tirée d'un article du Docteur Blechmann et publiée dans le *Bulletin de la Société de dermatolôgie et de syphiliographie* de mars 1914. Elle concerne non pas un nouveau-né mais un nourrisson de 4 mois. Nous la résumons pour la même raison que nous avons rapportée celle qui précède, savoir la pénurie de documents concernant cette question. De même, comme nous l'avons écrit dans notre introduction, nous associons des faits de même ordre en puisant dans les études sur la pathologie du nourrisson des indications concernant le traitement des états cachectiques du nouveau-né; si l'observation que nous allons résumer peut, comme la précédente, engager à soumettre le nourrisson suspect de syphilis au traitement spécifique par arsénobenzols, elle doit agir dans le même sens en ce qui concerne le nouveau-né.

Il s'agit d'un enfant de 4 mois présentant des troubles digestifs graves, une atrophie marquée; comme signes de spécificité, légères fissures commissurales des lèvres, les signes de cachexie dominant. Sans attendre le résultat d'une réaction de Bordet-Wassermann, on fait des frictions mercurielles qui

arrêtent les vomissements mais ne font relever le poids que très légèrement. On cesse cette médication et on passe aux injections intraveineuses de néo-salvarsan. On commence par 0 gr. 01, on fait cinq injections, la dernière atteint 0 gr. 065; quelques phénomènes de vaso-dilatation sont apparus mais ont cédé rapidement à l'injection de III gouttes de solution d'adrénaline à 1/1.000 et d'huile camphrée.

Dès le début du traitement, l'état général s'est amélioré et l'enfant a augmenté de poids, 150 gr. la première semaine; la progression a continué et rien que pendant la sixième semaine on notait une augmentation de 600 grammes.

Notons que cette action nettement favorable sur la cachexie avait été, dans certains cas, obtenue avec le salvarsan, c'est ainsi que le Docteur Scoffier rapporte dans sa thèse un cas des plus intéressants, il s'agit d'un enfant de 1 mois 1/2 qui ne présentait aucun accident à la naissance; à cette époque, la cachexie s'installe rapidement en même temps qu'apparaît une éruption ulcéreuse, on injecte de suite 0 gr. 04 de salvarsan dans les muscles de la fesse; 6 jours après, l'état général s'est complètement modifié; nouvelle injection de 0 gr. 02 le lendemain, c'est-à-dire le 7^e jour après la première injection; le 11^e jour, l'enfant est méconnaissable, « il ressuscite » (Scoffier, *Thèse de Paris*, 1911-12, Observation n° XIII).

CHAPITRE III

Adjuvants du Traitement spécifique

A côté du traitement spécifique, et venant heureusement le compléter, il faut citer quelques indications de thérapeutique et d'hygiène qui peuvent être d'une grande utilité.

Le sérum artificiel rendra de grands services, de même que l'éther, l'huile camphrée, dans les cas à marche très rapide. Le sérum adrénaline sera également tout à fait indiqué; c'est qu'en effet en face de ces petits malades profondément intoxiqués, à la peau terreuse, bistrée, dont le degré d'asthénie frappe, il est légitime de penser que la surrénale lésée au même titre que les diverses glandes de l'organisme faillit à sa tâche, elle ne suffit plus à sa fonction antitoxique, de par ses lésions propres et en raison de la quantité considérable de toxines mises en liberté. Parlant des accidents du néosalvarsan, le professeur Sargent disait : « La possibilité de ces accidents est d'autant plus à redouter que la syphilis touche volontiers les

capsules surrénales... » (1). Atteinte probable de la surrénale par le tréponème et abondance de toxines que le traitement spécifique va augmenter momentanément, voilà qui légitime suffisamment l'administration de l'adrénaline, et nous aurons moins à craindre des phénomènes d'hypotension. Bien entendu un traitement opothérapique par l'extrait de surrénale conviendrait beaucoup mieux.

D'ailleurs l'opothérapie a été employée chez le nourrisson syphilitique afin de venir en aide aux glandes déficientes, cette thérapeutique pourrait sans doute donner de bons résultats chez le nouveau-né, mais nous ne nous y attarderons pas et renvoyons pour cette question au volume récemment paru concernant le traitement de la syphilis héréditaire et dont les auteurs sont MM. Lacapère et Vallery-Radot.

La question de l'alimentation est aussi des plus importantes, comme le fait remarquer le Docteur Barbier, il faut se défier des doses théoriques pour ce qui est des tétées. Ce qu'il faut envisager c'est la quantité de nourriture pouvant être non pas absorbée, mais digérée; or, comme nous avons déjà eu occasion de le dire, ces enfants étant des insuffisants glandulaires, il importe de faire varier les doses de lait avec les capacités digestives de l'enfant. C'est une affaire de tâtonnement et de bon sens.

Disons de suite que le lait de vache est presque toujours mal supporté, en présence de nouveau-nés

(1) E. SERGENT. *Etude clinique sur l'insuffisance surrénale*, p. 401. Maloine.

cachectiques la première règle thérapeutique est de supprimer l'allaitement par un lait autre que celui de femme. Aussi est-il indispensable d'insister tout particulièrement auprès des mères pour qu'elles allaitent leurs enfants lorsqu'on suspecte la syphilis dans la famille ; ce sera le meilleur traitement prophylactique de la cachexie du nouveau-né et du nourrisson, et, si celle-ci survient, le traitement spécifique aura d'autant plus de chance de réussir qu'il sera puissamment secondé par une alimentation rationnelle.

CONCLUSIONS

I

1° Chez deux enfants cachectiques, observés dans les six semaines suivant leur naissance, le néosalvarsan en injection intraveineuse a donné une véritable résurrection.

2° Dans l'un des cas, deux jours de traitement hydragyrique n'ayant pas réussi à enrayer une cachexie des plus menaçante, on lui substitua d'extrême urgence le traitement par le néosalvarsan.

3° Il n'existait, chez ces deux enfants, aucun signe de syphilis floride et l'on ne pouvait que suspecter cette maladie en raison des antécédents héréditaires (père épileptique et léger hydramnios dans un cas, grossesse gémellaire dans l'autre).

4° La réaction de Bordet-Wassermann chez la mère a été positive dans un cas et négative dans l'autre.

5° La syphilis s'est révélée chez ces deux enfants par un dépérissement rapidement menaçant et un teint bistré, grisâtre tout à fait spécial, il n'existait par ailleurs aucune cause pouvant expliquer cette cachexie.

6° Les doses de néosalvarsan injectées ont été dans un cas 0 gr. 015, puis 0 gr. 02 et 0 gr. 04, dans l'autre 2 fois 0 gr. 02. La voie adoptée a été le sinus longitudinal supérieur, technique qui n'est pas sans inconvénients mais qui a été adoptée par nécessité, l'injection ne pouvant être réussie ailleurs.

7° L'un de ces enfants est traité au sulfarsénol depuis son départ de la Maternité, il augmente de poids mais est encore débile. L'autre enfant est bien portant bien que le traitement conseillé n'ait pas été fait.

II

Nous ne pouvons déduire de l'étude de nos deux cas qu'une conclusion : à savoir que dans ces deux cas le néosalvarsan en injection intraveineuse a littéralement ressuscité deux enfants qui s'acheminaient rapidement vers la mort. Ils sont suffisamment encourageants pour inciter à de nouveaux essais dans la même direction.

Vu : Bon à imprimer :
Le Président de Thèse,
COUVELAIRE.

Vu et PERMIS d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

Vu
Le Doyen,
ROGER.

BIBLIOGRAPHIE

- BALZER. — *Traité des maladies vénériennes*, p. 662, Paris, Baillière, 1920.
- BARBIER. — *Archives de Médecine des enfants*, p. 169-182, Paris, 1919.
- *Journal de diététique et de bactériologie*, 5 sept. 1913.
- BARBARY. — *Archives Médicales d'Angers*, p. 106, août 1920.
- BLECHMANN. — *Paris Médical*, 31 janvier 1914.
- *Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*, mars 1919.
- *Bulletin de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*, mars 1914.
- CHAMBRELENT. — *Arch. Mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1913.
- COMBY. — *Traité des Maladies de l'enfance*, p. 159, Vigot, 1920.
- COUVELAIRE. — *Presse Médicale*, 4 juin 1921.
- DUPÉRIÉ et GUÉNARD. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, p. 158, 1920.
- IACAPÈRE et VALLERY-RADOT. — *Traitement de la syphilis héréditaire*, Maloine, 1922.
- LAURENT. — *Revue générale de clinique et de thérapie*, p. 673, Paris, 1918.
- LEMELAND et BRISSON. — *Arch. mens. d'Obstétrique et de Gynécologie*, févr. 1913.

- LESAGE. — *Traité des Maladies du nourrisson*, p. 348,
Masson, 1911.
- LEREBoullet et SCHREIBER. — *Paris Médical*, 5 nov. 1921.
- M. PINARD. — *Paris Médical*, 4 mars 1922.
- POMARET. — *Presse Médicale*, 11 févr. 1922.
- QUEYRAT. — *Paris Médical*, 4 mars 1922.
- RIBADEAU-DUMAS et FARROY. — *Le Nourrisson*, p. 152,
Paris, 1919.
- SCOFFIER. — *Thèse de Paris*, 1911-12.
- SERGENT. — *Etudes cliniques sur l'insuffisance surrénale*,
p. 401, Maloine, 1914.